

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

343

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert-Maurice DUFOUR

Né le 5 juin 1911, à Ladignac-le-Long (Haute-Vienne)
Interne des Hôpitaux de Limoges

Syndromes appendiculaires
au début de la Maladie de Bouillaud
chez l'Enfant

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

846

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert-Maurice DUFOUR

Né le 5 juin 1911, à Ladignac-le-Long (Haute-Vienne)
Interne des Hôpitaux de Limoges

Syndromes appendiculaires
au début de la Maladie de Bouillaud
chez l'Enfant

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique.....	LAUBRY
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT..... Bactériologie.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUENU. SCHWARTZ. VELTER.	} Clinique chirurgicale.
MM. ÉCALLE. LE LORIER. LÉVY-SOLAL. METZGER.	} Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

J'offre ce modeste travail, faible témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

A MA FEMME

Qui m'a secondé dans mes dernières années d'études, avec toute mon affection.

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de Clinique médicale des enfants

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*En le remerciant du grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPYTOUT

Médecin de l'Hôpital de Limoges
Notre Maître en médecine infantile

*Qui nous a communiqué ses dernières
observations et nous a prodigué ses con-
seils.*

*Avec nos remerciements et notre recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESCAZALS

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital

*Au maître que nous avons tant apprécié.
En hommage de notre grande admiration
et de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGUIGNON

Professeur de Clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital

*Qui fut notre premier Maître et nous
apprit à aimer la médecine.*

*En témoignage de notre profonde grati-
tude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZERT

Ancien interne des Hôpitaux
Chirurgien de l'Hôpital

*Au Maître qui nous a toujours témoigné
la plus grande bienveillance. Qu'il nous
permette de lui renouveler ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND

Chirurgien de l'Hôpital

A MONSIEUR LE DOCTEUR LORY

Ancien interne des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR FILHOULAND

Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique
à l'Hôpital de Limoges

A MES AUTRES MAÎTRES DE L'HOPITAL
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Syndromes appendiculaires

au début de la Maladie de Bouillaud

chez l'Enfant

INTRODUCTION

Il est habituel de considérer le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant comme beaucoup plus rare que chez l'adulte, les fluxions articulaires moins marquées et moins souvent généralisées ; la température moins élevée ; par contre, même dans ses formes discrètes, il frappe avec prédilection les séreuses viscérales et particulièrement l'endocarde, qui chez l'adulte n'est guère touché que dans les rhumatismes sévères, poly-articulaires généralisés.

Dans bien des cas, l'atteinte de l'endocarde paraît précéder les manifestations articulaires habituelles.

Mais à côté de ces formes à début cardiaque, il existe des formes pleuro-pulmonaires — pleurésie rhumatismale comprenant tous les symptômes, dyspnée, matité, abolition des vibrations vocales, abolition du murmure vésiculaire, etc..., d'une pleurésie aiguë quelconque, pleurésie en galette de Lasègue, congestion pulmonaire, pneumonie avec point de côté, toux, pluie de râles fins, rarement souffle tubaire — infectieuses, septicémiques, typhoïdiques et digestives de

cette affection sur lesquelles Grenet a particulièrement insisté.

Motre Maître, le Dr Dupytout, a attiré particulièrement notre attention sur le début articulaire de la maladie de Bouillaud chez l'enfant, caractérisé notamment par un torticolis — simulant un torticolis congénital — précédant immédiatement les fluxions articulaires, et par un symptôme ou plus exactement par des syndromes douloureux abdominaux pouvant prêter à confusion avec péritonites généralisées, ou localisées, nous faisant porter le diagnostic d'appendicite aiguë.

Cette étude des débuts appendiculaires du rhumatisme articulaire chez l'enfant fera l'objet de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les livres d'enseignement médicaux parlent peu des cas de rhumatisme articulaire aigu débutant par des douleurs abdominales.

Strümpel mentionne les formes typhiques qui débutent par la fièvre, la diarrhée, ulcère de la rate. Il parle également de la péritonite rhumatismale, mais comme d'une maladie très rare ne pouvant être déterminée avec certitude que dans bien peu de cas.

Dans *British Medical Journal*, de 1904, nous avons trouvé un article signé V. Pearson : « Abdominal pain In Acute Rheumatism ». Il en ressort que le sujet a déjà été traité par plusieurs auteurs anglais particulièrement par Still-Pearson, ils constatent l'un et l'autre que les douleurs dans l'épigastre, dans la région ombilicale, dans la fosse iliaque droite, dans le « Rheumatismus Acutus » tout en n'étant pas rare chez les enfants se manifestent moins rarement chez l'adulte. Pearson s'est efforcé par un interrogatoire minutieux des malades, de déterminer la nature de ces douleurs. Il a cherché également avec le plus de précaution possible, à les localiser. Bien que sachans les renseignements subjectifs fournis par les enfants

de valeur douteuse, il pense néanmoins avoir recueilli des données sérieuses. Il croit dans certains cas avoir sûrement éliminé toutes douleurs abdominales étrangères à la maladie, notamment celles provenant de coliques ou de médicaments absorbés par exemple de préparations salicylées. Le plus souvent les douleurs abdominales apparaissent comme premier symptôme, mais il existe des observations où ces syndromes douloureux abdominaux apparaissent au moment, ou après la venue des douleurs articulaires. Ces douleurs peuvent avoir leur siège soit dans l'épigastre, soit dans le côté droit, mais toujours avec paroxysme et ne s'accompagnent ni de diarrhée, ni de constipation ne ressemblent pas en somme à celles données par la colique. Elles sont rarement accompagnées de nausées ou de vomissements, ne sont pas influencées par la nourriture et ne s'accompagnent pas d'anorexie. On ne constate pas de tension musculaire et point ou peu d'endolorissement. Les crises varient beaucoup en ce qui concerne leur fréquence et leur durée, la polyarthrite fait son apparition dans un laps de temps de deux à dix jours.

Pearson distingue entre ces douleurs — fréquentes pour lui dans le « Rheumatismus Acutus » — et celles décrites par Daxson-Williams, qui seraient dues à une affection rhumatismale aiguë des parties fibromusculaires de la paroi abdominale apparaissant brusquement, pouvant simuler une crise appendiculaire aiguë. Il est cependant assez difficile de savoir exactement s'il s'agit d'une affection rhumatismale

aiguë des éléments fibro-musculaires de la paroi abdominale ou d'une véritable péritonite rhumatismale. Cette dernière est d'ailleurs complètement passée sous silence par les auteurs anglais cités.

Pourtant nous avons vu que le rhumatisme articulaire aigu peut s'attaquer à toutes les cavités séreuses.

Pouvoir prouver d'une manière absolue l'existence de la péritonite rhumatismale accompagnant l'appendicite aiguë est évidemment assez difficile. Elle est probablement de la même nature que les inflammations aiguës apparaissant dans d'autres cavités séreuses. L'autopsie qui permettrait de vérifier le diagnostic établi d'après les symptômes cliniques fait généralement défaut dans les cas où la laparotomie a été pratiquée, les modifications anatomiques se sont avérées peu importantes en conformité avec celles que nous trouvons sur des membranes synoviales et les gaines de tendon dans le rhumatisme articulaire aigu.

Une péritonite rhumatismale aiguë passerait, par conséquent facilement inaperçue, même à l'autopsie sauf si on la recherche particulièrement, excepté si on a affaire aux cas extrêmes très rares avec polysérosité et gros amas d'exsudats.

Il résulte donc de la nature même de la question que notre connaissance réelle de la fréquence et du caractère de la crise appendiculaire rhumatismale demeure incomplète.

Mais quelle que soit l'origine de ces douleurs abdominales il est indéniable, qu'elles causent des erreurs

de diagnostic ayant pour résultat l'admission du malade au Service de chirurgie. Ainsi les cas de fausses appendicites simulées par la localisation péritonéale de l'infection rhumatismale sont maintenant assez connues. En effet, pour M. P. Gauthier (Genève), il est vraisemblable que ces accidents abdominaux pouvant simuler péritonites généralisées, appendicites aiguës sont plus fréquents qu'il ne paraît, mais leur nature rhumatismale nous est malheureusement très souvent méconnue.

Jusqu'à ces dernières années, la notion était bien classique que cette « maladie d'allure infectieuse caractérisée par ces déterminations séreuses » respectait toujours la séreuse péritonéale. En effet, dans une leçon sur le « Rhumatisme », publiée en 1884 dans le tome 2 de ses *Etudes médicales*, Lasègue dit : « Je ne vous parlerai pas du péritoine ce gros insouciant à l'égard du rhumatisme ».

Le rhumatisme était en effet pour Bouillaud une maladie infectieuse — à « virus inconnu » — à manifestations avant tout articulaires — caractérisée par une fluxion des diverses articulations, genoux, chevilles, etc... avec état congestif diffus de la synoviale, et des tissus péri-articulaires. La synoviale étant distendue par un liquide limpide citrin, légèrement fibrineux, bien qu'il nota la fréquence des complications cardiaques pour lesquelles furent établies les grandes lois qui portent aujourd'hui son nom. Par la suite, quelques observations cliniques furent publiées ou les auteurs semblent faire passer au deuxième plan les signes

articulaires tout au moins au début du processus infectieux. On commence même à signaler quelques cas au xvi^e siècle :

Baillou (1560-1616) est le premier auteur qui au chapitre « de Rhumatisme » traite des manifestations digestives du rhumatisme articulaire aigu auquel il attribue un pronostic plus favorable lorsque apparaît « le flux diarrhéique, la chasse des humeurs nocives ».

Huxham décrit, en 1730, des gastralgies accompagnées de vomissements et suivies de coliques et de diarrhée sérieuse au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Stoll signale aussi la coexistence fréquente « des rhumatismes des membres et de la dysenterie » qu'il considère comme un « rhumatisme des intestins ». La dysenterie cessait tout à coup disait-il « du moment que les poignets et les genoux devenaient douloureux comme lorsque la fièvre rhumatismale se jette sur les membres ».

Villeneuve mentionne, en 1820, l'opinion de Broussais sur la relative fréquence des troubles gastro-intestinaux au cours de la maladie Bouillaud, Besnier dans l'article « rhumatisme » pour avoir exclu du cadre de cette maladie quelques observations de péritonite purulente qui y avaient été rattachées sans aucune preuve, par divers auteurs, ne reconnaît pas moins une place aux complications péritonéales au cours de cette maladie. Il semble en effet, difficile dit cet auteur, de contester la réalité de la péritonite survenant au

cours du rhumatisme articulaire aigu, alors qu'on voit se développer les phénomènes caractéristiques de la phlegmasie péritonéale, vives douleurs abdominales, tympanisme, vomissements verts, poracés, face altérée, algidité.

Lambin dans sa thèse (1880), cite un cas de Grif-fouillère où le début fut marqué par de la fièvre, des coliques et des vomissements. Puis alors que ces symptômes persistaient on notait une constipation opiniâtre et un ballonnement abdominal marqué au point qu'on discuta le diagnostic d'obstruction mécanique et de péritonite partielle, ce n'est qu'au treizième jour de la maladie qu'apparurent les douleurs articulaires qui devaient orienter le diagnostic vers le rhumatisme articulaire aigu.

Hanot (1894) cite des cas où les arthralgies apparaissent après l'atteinte viscérale, seules manifestations du début de rhumatisme articulaire aigu. Mais il faut arriver à ces vingt dernières années pour voir bien dégagées ces notions d'infection rhumatismale évoluant parfois en dehors des articulations tout au début de la maladie.

C'est à Grenet que revient le mérite d'avoir su, en décrivant les signes digestifs et les manifestations anormales du rhumatisme articulaire aigu, mettre en lumière les formes extra-articulaires au nombre desquelles se trouve la forme pseudo-péritonéale ou pseudo-appendiculaire. Dans la littérature, on peut cependant retrouver quelques cas analogues plus anciens :

Chauffard, en 1863 ;

Dantal, en 1880 *in* « thèse Dory » ;

Lamblin, en 1880 ;

Tricat, en 1905 ;

Toutefois, H. Grenet a été le premier à leur donner leur individualité à la Réunion Médico-chirurgicale de la sixième année dont le compte rendu a été publié par la *Presse médicale*, du 28 octobre 1935. Il relate ses deux premières observations où il avait noté chez ses malades un syndrome péritonéal ressemblant à s'y méprendre à une crise appendiculaire aiguë. Rien ne manquait en effet au tableau clinique : douleur dans la fosse iliaque droite avec localisation au point de Mac-Burney, contracture de la paroi, élévation thermique, mais fait à retenir, pas de vomissements.

L'atteinte de la séreuse péritonéale peut occasionner des syndromes voisins de l'appendicite ou simuler une lésion diffuse du péritoine. Si les arthrites ne sont pas là pour orienter dès le début du diagnostic, on risque de commettre des erreurs. Les malades sont de leur côté toujours très frappés par leurs symptômes digestifs, ils attirent invariablement l'attention de ce côté. Il importe par conséquent, que le médecin soit averti de ces manifestations extra-articulaires du rhumatisme au début, afin d'éviter dans la mesure du possible au patient les risques, jamais négligeables d'une intervention chirurgicale. C'est bien en grande partie dans ce but que la question a été reprise ces

dernières années, et il semble qu'à l'heure actuelle grâce aux publications de MM. Pilod et Meerssmann (*Bulletin de la Société Médicale militaire*, 14 juin 1928) ; Bernard, *Ibid*, 13 décembre 1928, et Costedoat (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, le 22 novembre 1929, page 1353), cette manifestation articulaire du rhumatisme soit d'ores et déjà bien isolée. Mais le mérite revient à M. le Professeur Worms d'avoir rassemblé un assez grand nombre de faits sur cette forme particulière du rhumatisme articulaire aigu et attiré à la *Tribune de la Société Nationale de Chirurgie*, l'attention des Chirurgiens sur ces syndromes péritonéaux au début ou au cours de la maladie de Bouillaud. Cette réaction péritonéale très particulière maintenant bien connue il ne s'agit plus que de la reconnaître toutes les fois qu'on la rencontre et c'est évidemment là, la très grosse difficulté.

Assez récemment, M. Lucien Dory (Thèse de Paris, sur rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif, 1925) consacre un chapitre aux réactions péritonéales au début de la maladie de Bouillaud ; notamment, il cite l'observation d'une jeune fille de 19 ans, qui avait présenté des douleurs abdominales très intenses, avec température élevée, simulant une crise d'appendicite. Mais peu de jours après les phénomènes abdominaux ont regréssé pour disparaître, faisant place aux fluxions articulaires. Chez l'adulte, des faits analogues ont été signalés par M. Slokodowski, par MM. Bezancón et P. Weil. A la Société de Chirurgie du 26 mars 1930, M. Worms dans le *Siècle Médical*, cite des cas de

syndromes péritonéaux au début et au cours du rhumatisme articulaire aigu.

En ce qui concerne les enfants, des observations que nous citerons brièvement un peu plus loin, ont été publiées par MM. Grenet et Delalande dans la *Société de Pédiatrie de Paris*, 5 avril 1927 ; MM. Lesné et Launay, sur le rhumatisme articulaire aigu à formes péritonéales à la Société de Pédiatrie de Paris le 21 janvier 1930. MM. Fèvre Folliasson et Garnier à la Société de Pédiatrie de Paris le 21 octobre 1930, rapportent un cas de rhumatisme aigu articulaire à début par syndromes appendiculaires. M. le Professeur Nobécourt dans *Clinique et Laboratoire* du 20 mai 1931, numéro 5, page 97, parle des syndromes abdominaux douloureux de la maladie de Bouillaud chez l'enfant, qui constitueraient somme toute pour lui, une exception, en effet, MM. Grenet et Delalande étudiant le « rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant » et exposant dans Remarques cliniques tiré de l'étude de 32 cas, dans les *Archives de Médecine des enfants*, en août 1928 ne citent qu'une seule observation où le syndrome abdominal simule l'appendicite. Cette observation étant publiée à la Société de Pédiatrie du 5 avril 1937. Pour M. Nobécourt cette proportion de 1 sur 32 est un peu forte.

Ces syndromes douloureux abdominaux peuvent se manifester soit au cours de la maladie de Bouillaud où peuvent précéder les phénomènes articulaires faisant ainsi penser à un crise d'appendicite, avec température assez élevée « 38°8, 39°0, une constipation assez

marquée et avec douleur plus localisée à la fosse iliaque droite, quelquefois même au point précis de Mac Burney, mais presque toujours sans défense de la paroi, peu ou pas de vomissements, de la diarrhée parfois. Ces signes cliniques selon M. Nobécourt font penser soit à une appendicite aiguë entraînant l'intervention chirurgicale soit à une péritonite à pneumocoque. Les laparotomies qu'ont entraînées « ces états péritonéaux » si elles n'ont apporté aucune modification au cours de ces formes rhumatismales, ont du moins permis de se rendre un compte exact des lésions et de constater que celles-ci ne sortent jamais du cadre inflammatoire simple. Tous les auteurs ont en effet montré un simple état congestif, de la séreuse péritonéale avec production d'un exsudat sorte de sérosité claire jaune citron, ne rappelant d'aucune façon le liquide « bouillon sale » que l'on rencontre assez souvent lorsqu'il s'agit d'appendicectomie à chaud. On a eu l'occasion de recueillir et faire examiner le liquide prélevé dans la cavité péritonéale de même d'ailleurs que l'appendice incriminé.

L'examen direct et la culture de l'un, les coupes histologiques de l'autre furent entièrement négatifs.

Au point de vue cytologique, la formule de l'exsudat péritonéal est identique en tous points à celle du liquide retiré par ponction d'une synoviale atteinte par le processus rhumatismal — nombreux leucocytes avec prédominance marquée de polynucléaires — enfin, la rapide coagulation du liquide péritonéal — deux à trois minutes — a fait penser à une hyperfibrinose

marquée, malheureusement impossible à doser par suite de la faible quantité de liquide recueilli.

Il s'agit donc, ainsi que le dit M. le professeur Worms (Communication à la Société Nationale de Chirurgie, 26 mars 1930), de phénomènes fluxionnaires, voire même exsudatifs intéressant la séreuse elle-même dont les caractères communs sont d'éclorre brutalement chez des jeunes sujets en pleine santé ou souffrant déjà de douleurs articulaires plus ou moins vagues et fugaces et de ne pas aller jusqu'à la suppuration.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous allons rapporter diverses observations dans lesquelles les syndromes appendiculaires ont apparu avec une netteté suffisante pour orienter le diagnostic vers la crise appendiculaire. Cependant dans quelques cas nous constaterons l'absence de certains symptômes, ayant permis de différer l'intervention chirurgicale et où, pendant un laps de temps variable les phénomènes articulaires se sont déclarés après régression et disparition des douleurs abdominales.

OBSERVATION 1 (résumé).

Auvray (Société de Chirurgie, 1930).

H..., âgé de 13 ans 1/2, présente au cours de l'hiver 1927 plusieurs « angines ». Entre le 12 et le 16 avril, la température oscille entre 38°2 le matin et 38°9 le soir.

Le 17 avril, la température est de 38°4 le matin et 39°5 le soir, pour la première fois l'enfant a souffert ce jour-là dans le ventre. Le 17 dans la soirée, la douleur abdominale est assez vive, généralisée. Cependant l'enfant accuse une douleur plus marquée dans la fosse iliaque droite. Le palper révèle peu de défense musculaire dans la fosse

iliaque droite. On décide de différer l'intervention et de revoir l'enfant le lendemain matin.

Le 18, toujours douleur abdominale vive mais encore plus à droite. Le diagnostic de l'appendicite est posé, sans trop de certitude.

Le 19, devant une situation toujours à peu près identique, l'intervention est décidée. L'incision faite dans la fosse iliaque droite conduit sur un appendice libre, en apparence sain qu'on enlève. A l'ouverture du ventre, il s'est écoulé une petite quantité de liquide séreux.

La paroi est fermée sans drainage. De la glace est appliquée à la suite de l'opération sur l'abdomen. Une hémoculture est faite, l'appendice est envoyé au laboratoire. Toutes les recherches étaient négatives.

Le lendemain de l'opération, le 20 avril, la température était de 39°1 le matin, 39°7 le soir, ce jour-là paraissait la première manifestation articulaire, la seule du reste, sous la forme d'une douleur localisée dans l'épaule gauche, avec gonflement peu marqué de cette articulation.

A l'auscultation du cœur, on est frappé par l'existence d'un souffle cardiaque faible à ce moment-là.

Le 21, le professeur Marfan porte le diagnostic de péri-cardite d'origine rhumatismale. L'enfant est soumis immédiatement au traitement par le salicylate de soude et des applications de glace sur le cœur. Ce jour-là, la température est le matin de 39°5 et 39° le soir ; la douleur abdominale s'est atténuée, les jours suivants la température va en diminuant tandis que le traitement salicylé est continué.

Le 3 mai, la température remonte au delà de 38°. A ce

moment, on trouve de l'endocardite associée à la péricardite.

Le 7, apparaissent les accidents pulmonaires ; à partir du 11 mai, la température se rapproche de la normale mais le cœur restera touché définitivement, l'enfant a gardé une lésion de l'orifice mitral.

Nous remarquerons que l'enfant H... avait présenté à plusieurs reprises des angines, n'y aurait-il pas une analogie entre ces réactions amygdaliennes et appendiculaires, l'appendice présentant une constitution histologique analogue à celle de l'amygdale : amas lymphoïde formant une véritable barrière à toute infection.

OBSERVATION 2.

Un cas de rhumatisme articulaire aigu avec début abdominal chez l'enfant, par le D^r Voet (*Le Scalpel*, n° 8, 22 janv. 1936).

Le cas s'est présenté chez un garçon de 5 ans. Ses antécédents personnels sont chargés de rachitisme, de rougeole, de bronchite. Depuis quelques jours, il souffre de douleurs abdominales vagues accompagnées de nausées. Ces douleurs se sont accentuées graduellement jusqu'à devenir tellement fortes qu'on vient me chercher la nuit. L'enfant, chétif et pâle est maigre, son agitation et ses colères violentes le rendent très difficile à examiner. Voici les résultats : poumons normaux à l'auscultation, cependant un peu de polypnée. Le cœur semble de volume normal mais il existe un souffle systolique mitral que je con-

sidère provisoirement comme anorganique, la fréquence des battements cardiaques étant de 150 à la minute avec une température presque normale. L'abdomen est sensible partout à la pression mais surtout autour du nombril et au Mac-Burney. La résistance musculaire est faible. Ce qui frappe c'est la transpiration du cuir chevelu. A part une légère sensibilité tibio-tarsienne, à droite, tout le reste semble normal.

Mon attention est évidemment attirée par l'appendice mais la faible résistance musculaire, la transpiration intense du cuir chevelu et la légère sensibilité tibio-tarsienne font réserver mon diagnostic. Provisoirement, le petit malade reçoit quelques gouttes de laudanum et je fais appliquer la glace sur le ventre. Je le revois trois ou quatre heures plus tard. Le drame abdominal a presque entièrement disparu. Absence de douleurs à la pression, aucune résistance. Le pouls est à 145. Le souffle cardiaque persiste, mais la température le matin est montée à 38°. La transpiration du cuir chevelu est encore plus intense. Les articulations des genoux, du pied droit et de la main droite sont légèrement tuméfiées et rouges, mais extrêmement douloureuses. Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu s'impose.

La glace est supprimée et un traitement au salicylate *per os*, et au salicylate de méthyle en application externe est institué. Le salicylate n'étant pas bien supporté par le petit patient malgré l'addition d'une dose double de bicarbonate de soude, est bientôt remplacé par l'aspirine. Les articulations qui au début du traitement avaient continué à gonfler encore, tandis que d'autres localisations s'étaient

produites, deviennent bientôt indolores et normales, le traitement est continué pendant plusieurs semaines, après quoi le malade subit un examen radiologique du cœur. L'orthodiagramme complété par une télé à 2 M. montre un cœur de volume absolument normal. Le souffle persistant sans modification aucune ne me semble pas dû au processus de la maladie de Bouillaud, puisqu'il existait déjà avant l'atteinte articulaire nette (un souffle dû au rhumatisme articulaire n'apparaît qu'au deuxième septenaire de l'éclosion de la maladie) pendant toute la durée de l'affection jusqu'au départ du petit malade le contrôle des urines donna des résultats négatifs. J'insiste pour que le traitement soit continué pendant des mois en diminuant graduellement les doses, et de soumettre l'enfant à une surveillance médicale étroite. Malheureusement il ne fut tenu aucun compte de ces conseils élémentaires.

Quatre ans plus tard, quelques jours avant la mort de l'enfant, je suis appelé auprès du petit malade qui suffoquait dans son fauteuil. Le mal méconnu avait continué sournoisement. D'endocardite ce fut la myocardite, le cœur de bœuf avec décompensation, foie douloureux, dyspnée, œdème, ascite, le tableau de l'asystolie.

Dans cette observation, l'intervention chirurgicale n'a pas eu lieu par suite de l'absence de contracture nette, de vomissements, et surtout par l'existence de transpiration intense du cuir chevelu, d'une légère douleur au niveau des articulations tibio-tarsiennes, un souffle — bien qu'anorganique — mitral, il semble que ces symptômes réunis soient suffisants pour per-

mettre le doute et différer l'intervention si toutefois il y avait vraiment appendicite.

OBSERVATION 3.

Grenet et Delalande (Société de Pédiatrie, 1927).

Un enfant de 7 ans, entre à l'Hôpital Bretonneau le 27 janvier 1927. Depuis plusieurs années il a une constipation habituelle et celle-ci est devenue beaucoup plus marquée depuis quelques jours ; en même temps l'enfant a accusé des douleurs abdominales violentes ; pas de vomissements, pas de fièvre à ce moment. Il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite probable.

Dans le Service de chirurgie où il est reçu tout d'abord, on trouve une légère défense des grands droits, sans douleur dans la fosse iliaque, l'appendicite ne paraît guère vraisemblable et le malade est envoyé en médecine.

Il est très pâle, somnolent, fatigué, amaigri. La température est de 38°5, le pouls bat à 100. le ventre est gros ballonné, non douloureux. Le foie et la rate paraissent normaux. Il n'existe ni rougeur pharyngée, ni symptômes cardio-vasculaires. La respiration semble un peu soufflante au sommet droit. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

On ne relève, en somme, que trois symptômes : la fièvre à 38°5, la fatigue, la constipation avec météorisme. Deux purgations à l'huile de ricin restent à peu près sans effet.

Dans l'après-midi du 3 février, l'enfant accuse une douleur aiguë dans l'articulation de l'épaule gauche, qui l'immobilise presque complètement. La température monte le

soir à 39°5. On institue le traitement salicylé, la douleur articulaire cède en deux jours ; la température baisse progressivement pour atteindre la normale à partir du 8 février. Le ballonnement du ventre et la constipation disparaissent dès le début du traitement.

OBSERVATION 4.

Grenet (*Presse Médicale*, 1915).

Un malade fit des accidents péritonéaux alors que la crise aiguë se terminait et à l'occasion d'une rechute légère. Il se plaignit d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite sans avoir de vomissements. Il y avait contracture musculaire de la fosse iliaque droite, douleur plus marquée à la pression de la région du point de Marc-Burney. La fièvre était remontée avec l'apparition de ces signes simulant l'appendicite.

Nous n'insisterons pas sur cette observation car les phénomènes articulaires ont apparu en même temps que les symptômes appendiculaires. Cependant cela nous montre une fois de plus que l'appendice semble touché assez souvent au même titre que les séreuses viscérales.

OBSERVATION 5.

Grenet (*Ibid.*).

Ce deuxième malade présenta des symptômes semblables, exactement au début de la crise arthralgique : même douleur, même contracture à droite. La pression

réveillait une douleur plus vive dans les parages du point de Marc-Burney. Il est à remarquer que la localisation au point de Marc-Burney est beaucoup moins nette que dans l'appendicite. La douleur à la fois moins vive est plus diffuse. Ces deux malades ne furent pas mis à la diète et ils guérirent néanmoins fort bien : le salicylate fit disparaître en même temps, les arthropathies et la réaction péritonéale.

OBSERVATION 6.

Costedoat (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1929).

Une jeune fille de 11 ans, fut prise brusquement le 18 août 1928 de vives douleurs, d'abord diffuses dans tout l'abdomen, puis prédominant bientôt dans sa moitié droite, et dans l'étage supérieur plus particulièrement, ne s'accompagnant ni de diarrhée ni de vomissements ; elles durèrent deux jours, puis s'atténuèrent. La température s'était élevée à 39°.

Le 21, apparurent en même temps un point de côté à l'hémithorax gauche et une douleur à l'épaule du même côté ; la fièvre, qui s'était apaisée reprit, et atteignit pendant deux jours 39° et 40°. Les douleurs s'étendirent au bout d'une semaine, de l'épaule aux autres articulations (épaule droite, coude, poignet, doigts, genoux) où elles demeurèrent subaiguës jusqu'au milieu d'octobre.

Le chirurgien qui examina la malade le 18 octobre à son entrée à l'hôpital trouva : l'abdomen souple mais sensible à la palpation, surtout dans la région cæco-appendiculaire. Il proposa de pratiquer une appendicectomie qui

fut effectuée le 30. L'appendice était un peu long, congestionné, mais n'était ni gros ni perforé, ni entouré d'adhérences. Les douleurs abdominales spontanées disparurent.

La température, qui depuis le 18 octobre était restée normale, s'éleva progressivement à partir du 5 novembre pour atteindre 39° le 8 ; en même temps se réveillèrent des arthralgies à l'épaule et au genou gauche, et un point de côté thoracique. Au cœur, on constate un souffle protosystolique de la pointe se prolongeant vers l'aisselle. Il n'existait aucune altération clinique ou radiologique des poumons. La sudation était exagérée.

Le traitement salicylé fut aussitôt institué. Son action fut immédiate ; la température s'abaisse rapidement et, le 13, redevint définitivement normale ; les arthralgies s'effacèrent. Mais, deux semaines plus tard, elles reparurent atténuées, puis s'apaisèrent. Le souffle systolique avait disparu.

OBSERVATION 7.

Tricot (*Gazette des Hôpitaux*, 1908).

A la suite d'une marche forcée, H..., 14 ans, est atteint de courbatures s'accompagnant de douleurs assez vives, dans les membres. Les jours suivants cet état s'aggrave ; un peu de fièvre apparaît, on le fait entrer dans un service de médecine avec le diagnostic d' « embarras gastrique fébrile ». Le malade se plaint de céphalalgie, de courbatures et surtout de douleurs abdominales particulièrement localisées dans la moitié droite de l'abdomen.

La palpation décèle une sensibilité diffuse de tout l'abdomen mais beaucoup plus marquée dans la fosse iliaque

droite. Il existe un peu de météorisme abdominal. Pas de diarrhée, le foie, la rate, le poumon, le cœur, ne possèdent aucune particularité. La température est de 37°7 le matin et 38°6 le soir. Les jours suivants les symptômes abdominaux ne changent pas. Les urines sont rares, troubles, rougeâtres. Le 2 février, le malade présente une température aux environs de 38°, une insomnie et une agitation extrême ; les douleurs abdominales, particulièrement dans la fosse iliaque droite sont devenues intolérables. Elles sont exaspérées par la pression.

Le 3 et le 4 février, la température oscille autour de 38°, le pouls autour de 100. Les douleurs abdominales sont devenues tellement vives que le malade ne supporte même pas le poids des couvertures. La région appendiculaire est particulièrement douloureuse.

Le matin du 5 février, le malade présente un vomissement alimentaire, puis bilieux. Devant ces symptômes manifestement péritonéaux on décide de pratiquer une laparotomie exploratrice, qui est pratiquée le 5 février.

En sectionnant le péritoine, on constate que la grande cavité péritonéale contient une petite quantité de sérosité claire. Le péritoine est nettement injecté, l'appendice est rouge mais libre. On pratique l'appendicectomie. Le ventre est refermé sans drainage. L'intervention fut suivie d'une remarquable sédation des symptômes douloureux abdominaux, mais ni la marche de la température ni celle du pouls ne furent sensiblement modifiées.

Le 6, 7, 8, février, la température oscille entre 38° et 39°. Les douleurs abdominales ont beaucoup régressé, les vomissements ont cessé.

Le 9 février, le malade se plaint de douleurs articulaires dans les deux épaules. On pense au rhumatisme aigu et on prescrit 4 gr. de salicylate de soude par jour. Le lendemain, le coude droit est un peu douloureux, le poignet du même côté est douloureux et même gonflé.

Le 12 février, les douleurs articulaires ont beaucoup diminuées. Le ventre est redevenu souple. Le malade présentant une intolérance au salicylate de soude, on le supprime, mais deux jours après la température remonte à 38°, les douleurs articulaires reparaissent. Le péritoine semble participer à cette crise, car l'abdomen devient douloureusement sensible. On note à l'auscultation du cœur un très léger souffle systolique à la pointe. Le salicylate de soude est repris à la dose de 4 gr. par jour.

Les jours suivants : régression progressive des symptômes. Les douleurs articulaires et abdominales disparaissent. La température revient à la normale, le pouls redescend à 70. Il semble bien que nous ayons dans ce cas une localisation appendiculaire et péritonéale du virus rhumatismal, déterminant une congestion diffuse de l'appendice et du péritoine avec une petite quantité de sérosité claire dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION 8.

Professeur Nobécourt (*Clinique et Laboratoire*,

20 mai 1931) (résumé).

Paule, 8 ans, présente le 9 janvier 1923 de la céphalée, une température de 38°5. Puis, le 10 janvier, apparaissent des douleurs abdominales violentes, elle entre à l'hô-

pital le même jour avec le diagnostic d'appendicite.

Paule est constipée, ne vomit pas, présente des douleurs abdominales localisées plus à droite avec une légère contraction musculaire, le cul-de-sac de Douglas est douloureux. En chirurgie on pense à une péritonite à pneumocoque.

Le 14-15, elle présente une température de 38°9, 39°3 mais les symptômes abdominaux régressent assez rapidement pour disparaître complètement. Puis Paule, se plaint de douleurs intenses dans les chevilles, les articulations tibio-tarsiennes sont douloureuses, mais ni rouges ni tuméfiées. La région appendiculaire est maintenant indolore.

L'examen du cœur révèle un 1^{er} bruit mitral sourd. Au troisième espace intercostal gauche, on entend un frottement péricardique. La tension artérielle de 12,65. Le diagnostic de la maladie de Bouillaud, avec endocardite, péricardite s'impose, un traitement salicylé est institué, 8 gr. par jour avec régime lacté, glace sur région précordiale.

Le 21 janvier, Paule est apyrétique. Le 18, à la pointe du cœur on entend un souffle systolique piaulant, le frottement péricardique diminue et disparaît le 20.

Le 22 janvier, Paule est vue par M. le Professeur Nobécourt, elle n'a plus de fièvre, le pouls bat à 115 pulsations à la minute, il est petit, mou, dépressible, le cœur est un peu gros, le souffle systolique est toujours perceptible. Traitement par salicylate 8 gr. par jour. Du 24 au 29, 4 gouttes de digitale.

7 février 1931, va bien, endocardite persiste.

OBSERVATION 9 (Inédite).

(Transmise par le Dr Dupytout,
Médecin de l'Hôpital de Limoges.)

L... Georges, 11 ans.

Enfant vigoureux et floride, porteur de grosses amygdales il est sujet à de fréquentes angines. Nous le voyons le 11 mars 1931, vers 17 heures. Il est malade depuis le matin. Il se plaint tout d'abord de courbature et de mal de tête. Ses parents habitués à ses indispositions familiales ont tout de suite examiné sa gorge ; ils n'ont constaté qu'un peu de rougeur des amygdales. D'ailleurs l'enfant n'accuse aucune douleur à la déglutition.

Dans l'après-midi, il a eu un vomissement et tout de suite après, il s'est plaint d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Il continue à souffrir et les parents très inquiets ont fait appeler d'urgence. L'enfant est agité, mais le faciès nullement anxieux. La fosse iliaque est sensible à la palpation et la pression du doigt au point de MacBurney détermine une douleur précise et parfaitement localisée. Cependant la défense musculaire est peu marquée et dans les intervalles des paroxysmes douloureux on déprime assez aisément la paroi abdominale pour explorer la fosse iliaque qui paraît libre. La gorge est rouge, légèrement vernissée, température 38°8, pouls 108. C'est en somme le tableau de l'appendicite, tous les phénomènes douloureux intenses de la fosse iliaque droite laissent tout à l'arrière-plan la légère angine concomitante.

Nous revoyons le malade une heure plus tard avec notre

confrère le Dr Vouzelle, chirurgien. La situation est la même, les douleurs sont aussi intenses. Après nouvel examen nous décidons cependant de temporiser jusqu'au lendemain matin, et nous bornons à prescrire l'application de glace et la diète aqueuse réduite.

Le lendemain, 12 mars, changement complet du tableau.

Toute douleur spontanée ou provoquée a disparu de la fosse iliaque droite. Par contre, dans la nuit, sont apparues des arthralgies dans les deux épaules et au genou droit. Même rougeur de la gorge, température 39°2, pouls à 112, sudation assez intense. Le traitement salicylé est aussitôt institué à la dose de 8 gr. de salicylate de soude par vingt-quatre heures. La température s'est maintenue, 39°5 et 38°5 pendant dix jours, bien que les arthralgies aient assez rapidement cédé au salicylate. Il n'y a pas eu de complications cardiaques. La médication était suspendue progressivement dans la quatrième semaine, alors que tout symptôme morbide était disparu depuis plusieurs jours.

Nous rapprocherons cette observation du cas n° 1 où les angines s'étaient déclarées à plusieurs reprises. L'enfant était porteur de grosses amygdales, et où ensuite l'appendice semble avoir réagi comme tout tissu lymphoïde.

OBSERVATION 10 (personnelle).

D... Lucette, 7 ans.

Il s'agit d'une enfant dont l'état général est satisfaisant,

les antécédents ne révèlent rien de particulier, cependant elle présente de grosses amygdales. Pas d'angine. Elle est envoyée le 15 février 1936 à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Le 12 février 1936, l'enfant s'est plaint de céphalalgie, de malaise général sans pouvoir dire exactement où elle avait mal. Mais quelques heures plus tard apparaissaient de violentes douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, quelques nausées mais pas de vomissements. Les parents inquiets appellent un médecin. L'examen a montré une douleur vive dans l'abdomen surtout du côté droit, avec maximum au point de Mac-Burney très peu de défense musculaire. La température était de 38°8.

L'enfant se plaignait d'autre part de l'oreille droite, le médecin constate une otite. La paracentèse est faite le lendemain 13 février 1936. Mais les douleurs abdominales persistent toujours avec quelques nausées.

Elle entre à l'hôpital le 15 février 1936. Ainsi cette enfant souffre depuis deux ou trois jours, elle avait eu semble-t-il une grippe compliquée d'otite. Elle est examinée le 15 février 1936.

Lucette est un peu agitée, le faciès cependant aucunement altéré. La fosse iliaque est très sensible à la palpation, la pression au point de Mac-Burney détermine une douleur exquise bien accusée par la petite malade. La défense musculaire recherchée avec soin paraît bien peu marquée. La température est 39°2, le pouls 120 pulsations à la minute, pas de nausées, pas de vomissements.

Devant ce tableau, où l'état général est assez inquiétant,

le chirurgien de Service est prévenu. L'intervention est décidée.

Lucette est endormie au chloroforme, après l'incision de Mac Burney on découvre assez facilement un appendice long, un peu congestionné, mais sans adhérences, pas de sérosité dans la grande cavité péritonéale.

Ectomie avec enfouissement.

Le lendemain, la température a baissé, les phénomènes douloureux ont régressé et l'enfant quitte le Service de chirurgie guérie, le 3 mars 1936.

Au début du mois de décembre de la même année, nous la revoyons dans le Service de médecine des enfants, elle entre avec le diagnostic de maladie de Corrigan.

En effet, environ trois semaines après son opération, c'est-à-dire vers la fin du mois de mars, en pleine santé apparente, sont apparues des arthralgies dans les deux poignets et aux deux chevilles. Les articulations étaient légèrement tuméfiées, rouges, un peu douloureuses. Un traitement salicylé fut alors institué. Une amélioration sensible se produisit. Cependant Lucette fit une nouvelle crise de rhumatisme articulaire aigu fin juillet 1936. Nouvelle cure salicylée. Tout rentre dans l'ordre pendant quelque temps. Au début de décembre de la même année, se plaignant de dyspnée d'effort, de palpitations, d'angoisse, de battements douloureux de la région précordiale, elle entre dans le Service de médecine où on l'examine.

Plus de fluxions articulaires, plus de douleurs abdominales, un peu de pâleur de la face, une température oscillant entre 37°8 le matin et 38° le soir, un pouls un peu accéléré.

A l'auscultation du cœur, on entend avec difficulté un souffle diastolique. Les jours suivants l'état se précise, nous avons bien un souffle couvrant en partie le deuxième bruit, doux, moelleux, dans le troisième espace intercostal gauche avec propagation vers la pointe, le long du bord gauche du sternum. Le pouls est bondissant, dépressible. Nous sommes bien en présence d'une maladie de Corrigan d'origine rhumatismale.

L'enfant prend pendant tout le mois de décembre du salicylate de soude par voie buccale (six gr.) on lui injecte en plus, une fois par semaine de la cardiostreptine, en commençant par 1/4 de centimètre cube et à doses croissantes jusqu'à 1 cmc. Au bout d'une vingtaine de jours on lui injecte régulièrement 1 cmc. de cardiostreptine chaque semaine.

Actuellement, Lucette va aussi bien que possible, plus de température, son poids augmente régulièrement. Elle conserve toujours la pâleur caractéristique des aortiques. Son souffle persiste moins marqué cependant.

OBSERVATION 11 (personnelle).

C... Simone, âgée de 11 ans.

Cette enfant est envoyée à l'hôpital par le Dr Cubertafond venant de l'orphelinat de Saint-Pierre. Elle entre le 21 novembre 1936. Hier matin, 20 novembre, l'enfant s'est plaint brusquement, au milieu de ses jeux, de douleurs abdominales intenses, sans nausées, ni vomissements. Dans la journée elle a présenté 3 ou 4 selles diarrhéiques. La température était à ce moment 40°3.

Devant ces phénomènes généraux assez brusques et dont la gravité était à craindre, elle entre dans le Service de chirurgie où on l'examine le même jour.

Nous avons une enfant dont la santé est précaire, sujette aux angines, sans grosses amygdales, aux bronchites presque chaque hiver. Son état général laisse en somme à désirer.

Elle se plaint de douleurs dans l'abdomen, diffuses, mais qu'elle localise nettement du côté droit. Elle ne vomit pas, la température oscille autour de 39°5, le pouls à 100 à la minute. Le facies exprime l'angoisse, les yeux sont cernés. La palpation de l'abdomen montre une douleur localisée au point de Mac-Burney, cependant un peu plus haut vers la région hépatique, le chirurgien est prévenu.

On intervient à 17 heures, après incision habituelle de la paroi, un peu de sérosité claire, citrine, s'écoule de la cavité péritonéal. L'appendice facile à découvrir est tout à fait normal. Ectomie sans enfouissement.

Le lendemain, la température est de 38° le matin 38°7, le soir. Le surlendemain, 38°1 le matin et le soir, le pouls est irrégulier. Dans la soirée et surtout pendant la nuit suivante, l'enfant semble en proie à des hallucinations, elle tente de se lever, prononce des paroles incohérentes ; à d'autres moments, elle reprend toute sa lucidité d'esprit.

Trois jours après tout est rentré dans l'ordre et Simone quitte le Service le 25 novembre complètement guérie. Une dizaine de jours plus tard environ, elle entre à nouveau mais dans le Service de médecine. Depuis un ou deux jours elle se plaint de l'épaule droite, et éprouve de la dif-

ficulté à utiliser son bras droit. Puis le lendemain, au réveil, les fluxions articulaires font leur apparition, augmentation de volume des deux épaules avec légère tuméfaction, pas de rougeur, peu de douleurs. La température oscille entre 38°5 et 39°. De plus, on remarque une sudation importante. Les urines sont rares, foncées, la langue est saburrale.

6 décembre, l'état articulaire est stationnaire, mais fait nouveau elle est dyspnéique, tousse un peu, ressent un point de côté thoracique gauche, vif. L'auscultation, palpation, percussion révèlent l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche analogue à celles observées quelquefois au cours ou à la suite de la maladie de Bouillaud. La radio confirme le diagnostic mais la quantité de liquide étant peu importante on ne pratique pas la thoracentèse. Rien au cœur.

Le surlendemain, le 8 décembre, à l'auscultation du cœur faite chaque jour soigneusement, on entend un frottement péricardique, puis un assourdissement des bruits du cœur. La percussion décèle une augmentation de la matité cardiaque. Dyspnée, douleurs précordiales, le tableau de la péricardite avec épanchement. Dès ce moment, le mal évolue avec une rapidité foudroyante, à la péricardite fait suite la myocardite, la mort en quelques jours.

Il nous a semblé intéressant de rapporter ces observations où l'intervalle — surtout pour la première — entre les syndromes appendiculaires et l'éclosion des phénomènes articulaires est relativement long. Com-

ment interpréter cet intervalle ? Peut-être par une localisation du virus rhumatismale d'abord sur l'appendice et péritoine, puis quelque temps après la suppression de l'appendice sur les diverses articulations.

OBSERVATION 12.

H. Stoeren (*Norskmagasinet for Laegevidenskaben*,
janvier 1935).

Marin, de 15 ans, envoyé à l'hôpital de Fredriksvern, par le médecin d'un navire-école pour appendicite aiguë avec commencement de péritonite.

Toute la veille, il avait eu des frissons et des douleurs abdominales. Il ne s'en était pourtant pas plaint, avant que les douleurs, le matin de son admission, fussent devenues si violentes qu'il dût se présenter à la visite. Les douleurs avaient leur siège à travers l'abdomen, en-dessous du nombril, elles étaient continues mais avec exacerbation. Peu à peu elles se déplacèrent vers le côté droit. Selles normales l'après-midi, ensuite ni selles, ni flatulences. Dans le bureau du médecin, le jeune homme très pâle se tenait courbé en deux à cause des douleurs. Température à 39° sous l'aisselle.

A bord, il y avait eu plusieurs cas d'angine et le malade avait souffert pendant les derniers jours de dysphagie, pas de vomissements, pas de toux.

Etat du patient le 24 juin 1927. — Nous avons devant nous un garçon bien bâti, un peu pâle, l'air souffrant. Température rectale 39°, pouls 100 pulsations à la minute. L'auscultation des poumons révèle un bruit respiratoire

vésiculaire, écho sonore à la percussion. Le cœur est normal à l'auscultation. Abdomen : tension et endolorissement de toute la partie inférieure, un peu plus marquée à droite. Les urines sont normales. Aussitôt après l'admission, on pratique la laparotomie avec anesthésie par morphine, atropine, éther, le malade étant sensé souffrir de l'appendicite aiguë.

En ouvrant la cavité péritonéale, un liquide abondant presque limpide s'écoule. La séreuse de l'intestin était remarquablement peu injectée, dépôt de fibrine néant. L'appendice qui fut enlevé était parfaitement normal. Un diverticule de Meckel. Pas de tubercules. Impossible de trouver le moindre indice de péritonite, suture de l'incision.

La température descendit le soir à 36°5, mais remonta dès le lendemain matin à 38°2 et le soir à 39°2, il souffrait de légères douleurs abdominales mais put évacuer flatus.

26 juin, deuxième jour. — Se plaint de douleurs aux deux chevilles et dans le talon ne peut faire jouer les articulations des chevilles à cause des douleurs. Cœur : faible bruit systolique, insolite dans la partie inférieure du sternum. Toux, crachat, muco-purulent, quelques élancements du côté droit du thorax, expiration légèrement sifflante, légère matité dans le secteur maxillaire droit.

27 juin, troisième jour. — Les chevilles sont endolories et enflées. Il a des élancements dans la poitrine mais se plaint surtout de ses chevilles. Crépitation dans le secteur axillaire droit. Crachat pneumonique couleur rouillée.

28 juin, quatrième jour. — Douleurs et endolorissements

de l'articulation du coude gauche et de l'épaule gauche. Les symptômes pneumoniques ont presque disparu. Traitement : aspirine.

29 juin, cinquième jour. — Les douleurs spontanées des articulations ont cessé, mais en remuant les douleurs persistent, sensibles à la palpation, œdème péri-articulaire des articulations malades. Cœur, le sifflement systolique est beaucoup plus net avec maximum à la pointe.

2 juillet, huitième jour. — Points de suture enlevés. Cicatrisation primaire. Insignifiante sensation de raideur de l'épaule et du coude, articulations des chevilles normales. Le sifflement systolique est encore plus net.

15 juillet, vingtième jour. — Le bruit systolique persiste inchangé, le patient est renvoyé chez lui. Le cas nous paraît très intéressant puisqu'une pneumonie est venue compliquer la maladie, on pourrait en effet, penser à une pneumonie non diagnostiquée, existant dès le début de l'affection, accompagnée de douleurs abdominales initiales. Le point de côté abdominal de la pneumonie, surtout chez les enfants, étant assez fréquemment observé. Mais même si en théorie on peut expliquer la formation d'un exsudat séreux dans la cavité péritonéale, due à des toxines ou par une infection peu virulente d'une pneumonie, le cas ne semble pas avoir été décrit.

D'autre part, les infections pneumococciques de la cavité péritonéale et des articulations présentent en général un aspect différent : pouls très accéléré, faciès péritonéal caractéristique, yeux cernés, arrêt des matières et des gaz, vomissements poracés et diarrhée.

OBSERVATION 13.

H. Stoern (*Ibid*).

En parcourant le livre de l'hôpital de l'an dernier, j'ai trouvé le cas suivant : admise sur demande de secours immédiat pour « appendicitus acutus » à la clinique chirurgicale et repartie avec le diagnostic de « rheumatismus acutus ». Fille de 12 ans. Un mois avant son admission angine et otite. Elle reste au lit pendant une quinzaine de jours. A repris son école, jusqu'au troisième jour avant son admission. Elle fut alors prise d'élancements dans la fosse iliaque droite et de coliques dans la région ombilicale. Elle dut rentrer se coucher, est restée alitée depuis, avec une forte fièvre et des douleurs dans le côté droit. A eu un vomissement le deuxième jour de sa maladie mais ensuite, ni vomissements ni nausées, a pu aller à la selle après avoir pris de l'huile de ricin, sans augmentation des douleurs.

Etat actuel à l'arrivée. — Température 38°8, pouls à 108 à la minute. Langue humide et saburrale. Elle est un peu pâle. Gorge : rougeur légère. Abdomen : légère tension du rectus droit endolorissement au milieu parallèlement à l'épine dorsale. Urines normales.

Oreille : aucune sécrétion, pas de sensibilité au-dessus du processus mastoïdien.

Evolution : les douleurs s'apaisèrent dès la première nuit, mais le lendemain elle fut prise de douleurs dans les articulations des deux genoux, et dans l'articulation de l'orteil droit. Pas de rougeur, pas d'exsudat. Elle fut traitée

au salicylate de soude et nourrie au régime lacté. Après quatre jours, elle n'avait plus de symptômes et put repartir.

OBSERVATION 14.

Fèvre et Folliasson (*Société d'Orthopédie*).

M..., 5 ans 1/2, entre d'urgence aux Enfants-Malades, le 19 avril avec le diagnostic d'appendicite aiguë justiciable d'une intervention d'urgence.

L'affection a débuté la veille au matin, brutalement par l'apparition d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur ne s'est accompagnée ni de nausées, ni de vomissements, la température est montée rapidement à 39°. L'enfant est agité et paraît souffrir beaucoup de l'abdomen et en particulier au niveau de la région appendiculaire. A l'inspection la paroi abdominale suit bien les mouvements respiratoires, le palper révèle une légère sensibilité sans plus au niveau de la fosse iliaque droite, en un point correspondant au cæcum qui gargouillant, roule sous les doigts explorateurs. Pas de défense musculaire. Pouls à 100, température 39°, faciès vultueux, langue saburrale, pas d'angine. Rien à l'auscultation du cœur ni des poumons. Ce tableau n'est pas celui d'une appendicite typique.

D'abord : voici un enfant qui devrait présenter une réaction péritonéale étant donné le début brutal de la douleur abdominale et la température à 39°. Or, il n'a pas eu de vomissements au début ce qui est rare dans les appendicites à début aigu, il n'a même pas eu de nausées, ce qui est franchement anormal. Si la zone cæcale est légèrement douloureuse on ne peut vraiment pas dire

qu'il existe un point appendiculaire précis, et la défense musculaire manque.

On décide de ne pas intervenir et le petit malade est mis en observation. Le lendemain le 20 avril, au matin, la douleur abdominale a disparu, mais le coup de pied gauche est par contre douloureux, légèrement œdématié et toute tentative de mobilisation arrache des cris à l'enfant. La température reste élevée 39°2 et le malade est passé en médecine avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

Le lendemain, l'un de nous (Folliasson), est appelé auprès de l'enfant qui accuse au genou gauche une douleur vive, on pense à une ostéomyélite aiguë, cette hypothèse est cependant vite éliminée: 1° Par l'absence de toute douleur transfixiante juxtaépiphysaire, de tout empâtement profond; 2° Par le fait que les mouvements du genou sont très limités et douloureux, l'interligne sensible au palper; 3° Enfin l'existence d'une pâleur accusée et de sueurs abondantes qui sont bien en faveur du rhumatisme articulaire aigu, un traitement salicylé est institué.

Nous pourrions citer d'autres observations de syndromes appendiculaires au début de la maladie de Bouillaud chez l'enfant, mais ces dernières nous seront amplement suffisantes pour nous permettre d'essayer d'en dégager la pathogénie, et le diagnostic si important au point de vue thérapeutique.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Quelle interprétation peut-on donner de ces symptômes appendiculaires aigus ? La pathogénie des syndromes appendiculaires au cours de la maladie de Bouillaud n'est pas encore bien élucidée. Certains auteurs ont vu dans cette réaction du péritoine l'effet d'une action réflexe à distance ou de névrite des trons nerveux intercostaux, l'une ou l'autre étant elle-même, la conséquence d'une atteinte inflammatoire de la plèvre et du poumon. Grenet pense que le « péritoine réagit en pareil cas à la manière des séreuses articulaires ».

Il y aurait en d'autres termes à l'origine, une cortico-pleurite rhumatismale. Cette pathogénie ne nous paraît pas admissible et sur les 14 observations citées par nous, une seule fois l'auscultation a pu déceler une pleurésie séro-fibrineuse et de plus au cours de la maladie, ne précédant pas les symptômes articulaires. Les cas sont au contraire nombreux où les syndromes péritonéaux de nature rhumatismale apparaissent sans que l'on ait pu déceler quoi que ce soit à l'auscultation de la plèvre et du poumon. Enfin, les interven-

tions chirurgicales pratiquées dans ces circonstances ont toutes montré la réalité des réactions péritonéales sous forme d'état congestif. Dans un assez grand nombre de cas, l'ouverture de la cavité péritonéale a libéré une quantité plus ou moins importante de liquide clair, séreux, jaune citron.

L'infiltration du tissu cellulaire sous-séreux a même été observée. Il faut admettre que la séreuse péritonéale a réagi devant le virus rhumatismal comme l'ont fait les séreuses articulaires et péricardiques. Ce ne sont là que phénomènes fluxionnaires exsudatifs. Au reste, l'évolution de cette appendicite avec ou sans atteinte du péritoine, début aigu, douleur violente quelquefois très intense, mais de durée brève reproduit assez fidèlement l'atteinte rhumatismale des diverses articulations.

Dans les observations citées précédemment, nous remarquerons que dans la majorité d'entre elles l'écllosion des symptômes articulaires s'est faite assez rapidement, le lendemain, le surlendemain du début abdominal. Mais dans deux cas il y eut un intervalle assez important, quinze jours pour le n° 1, dix jours pour le n° 2.

Dans le premier cas, à notre avis, il y aurait une localisation du virus rhumatismal sur l'appendice — en tant qu'organe histologiquement constitué par des amas lymphoïdes — au même titre que sur les amygdales. Nous avons en effet observé une angine dans nos observations 1, 9, 12, elle est fréquemment constatée au début ou au cours de la maladie de Bouil-

laud. L'appendice et l'amygdale étant deux organes à même constitution histologique il n'y aurait rien de surprenant à ce que le rhumatisme articulaire aigu ait un début marqué, tantôt par une angine, tantôt par une appendicite, c'est à-dire dans les deux cas par une réaction de défense de l'organisme vis-à-vis du virus infectieux. Cette hypothèse nous permettrait d'expliquer la brièveté des phénomènes douloureux appendiculaires de même d'ailleurs que la brièveté de l'angine, constatée dans presque toutes nos observations.

Dans le second cas, l'intervalle entre les deux phénomènes — abdominaux et articulaires — pose un problème plus délicat, peut-être y aurait-il une atteinte rhumatismale de l'intestin, du péritoine, en somme une véritable affection aiguë de l'appendice disparaissant après l'intervention, pour demeurer latente pendant quelques temps et se localiser secondairement sur les articulations.

Il est toutefois difficile de savoir s'il s'agit d'une affection rhumatismale aiguë des éléments fibro-musculaires de la paroi abdominale ou d'une véritable appendicite rhumatismale.

Ces syndromes appendiculaires sont intéressants à cause des problèmes cliniques et thérapeutiques qu'ils posent. Il faut savoir les reconnaître pour éviter des erreurs pour le moins sérieuses.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des syndromes appendiculaires est relativement facile lorsqu'ils se manifestent au cours de la maladie de Bouillaud typique, avec angine, crises articulaires puis atteinte cardiaque. Mais il devient, par contre, assez délicat lorsque les manifestations abdominales — comme c'est le cas ici — constituent le début clinique.

Le tableau clinique de ces formes abarticulaires du rhumatisme articulaire aigu que nous venons d'étudier est un tableau d'emprunt sur lequel il est difficile de se fier pour obtenir un diagnostic exact.

Ce qui vient en plus augmenter la difficulté c'est la soudaineté d'apparition de ces accidents. En effet, dans toutes nos observations les phénomènes abdominaux ont apparu d'une manière brusque, brutale même.

M. Jean Quénu se demande si en présence de ces syndromes douloureux il est possible de penser au rhumatisme articulaire aigu. Aussi est-il indispensable si on veut éviter des causes — facile d'ailleurs — d'erreur, de surveiller avec le plus grand soin l'appa-

rition éventuelle des signes articulaires ou cardiaques. Chez tous les jeunes sujets présentant un syndrome douloureux aigu de l'abdomen qui ne paraît pas relever d'une véritable lésion intestinale ou péritonéale, Küttner (*Beiträge fin. z. Klin.*, ch. 11), signalant les symptômes péritonéaux qui apparaissent parfois au début ou au cours du rhumatisme articulaire aigu, et qui peuvent dans certains cas en imposer pour les appendicites, rapporte l'observation d'une jeune infirmière de 24 ans chez laquelle les douleurs débutèrent brutalement dans la région cæcale. Les signes généraux se présentèrent avec leur allure habituelle, la température à 39°, vomissements, arrêt des matières et des gaz. L'intervention fut pratiquée d'urgence, l'appendice est normal tant au point de vue macroscopique qu'histologique. Deux jours plus tard, la malade présentait une crise nette de polyarthrite rhumatismale.

En général, les douleurs abdominales disparaissent dès l'intervention.

Les signes généraux sont presque toujours très intenses, assez inquiétants parfois, en discordance totale avec les signes locaux, qui très souvent, si on les examine attentivement, font hésiter sur le diagnostic à poser et incitent à temporiser. Chez le malade de L. Bernard dont l'observation a été rapportée à la Société de Chirurgie par M. le Professeur Worms (26 mars 1930), les signes généraux étaient intenses mais les signes locaux en avaient imposé pour un phlegmon péri-néphrétique.

« C'était, rapporte le Professeur Worms, une douleur lombaire gauche survenue brusquement en pleine santé qui avait motivé l'hospitalisation. Pendant les premiers jours de la mise en observation du malade, les symptômes douloureux avaient eu leur siège uniquement dans cette région sans que l'examen ait rien révélé par ailleurs. Cependant, le ventre devenait uniformément douloureux, la température augmentait progressivement.

« Il existait une dissociation du pouls et de la température. L'abdomen météorisé uniformément sans ondes péristaltiques visibles était très douloureux dans son ensemble. Douglas tendu. Le diagnostic de phlegmon était éliminé en raison du peu de netteté des signes locaux.

M. Bernard porta celui de réaction péritonéale d'origine appendiculaire. Impressionné par l'intensité de cette réaction, il intervint aussitôt sous rachianesthésie. Dans son esprit, un doute subsistait et il ne fut pas étonné outre mesure, quant à l'ouverture du péritoine, il ne trouva qu'une sérosité claire au lieu du « bouillon sale » qu'il attendait à voir sourdre. L'appendice très long, appliqué contre le cæcum par des brides fragiles, était macroscopiquement sain ; une exploration aussi soigneuse que possible de la cavité abdominale ne révéla rien d'anormal. Toutefois, le tissu cellulaire sous-péritonéal présentait une infiltration tout le long de la gouttière latéro-colique droite.

Nous avons cru devoir rapporter cette observation

pour montrer que la douleur n'a pas dans tous les cas une localisation bien précise. Elle est parfois généralisée à tout l'abdomen, accompagnée quelques rares fois d'une légère défense musculaire. Mais dans d'autres cas cette douleur au point de Mac-Burney est assez nette avec contracture — légère — de la paroi, que la confusion avec une crise appendiculaire peut devenir possible.

Dans les observations 4, 5, 8, nous avons constaté cette légère contracture musculaire, mais elle a vite disparu et elle n'était pas accompagnée de vomissements ni de nausées, si fréquents dans la crise appendiculaire aiguë ordinaire.

Très souvent, c'est l'apparition des manifestations articulaires — le lendemain ou le surlendemain — qui a permis de modifier le premier diagnostic et de relier à une cause rhumatismale les diverses localisations pathologiques qui avaient fait porter suivant les cas les diagnostics distincts d'angine, d'appendicite, de péritonite appendiculaire ou non.

Par conséquent, le diagnostic paraît dans certains cas un peu délicat et souvent même il n'est pas posé, nous avons remarqué cependant que c'est à la crise appendiculaire que l'on s'arrête toujours, bien qu'avec quelques doutes. Pourtant il serait intéressant et utile, par un examen attentif du malade, par l'analyse rigoureuse des symptômes qu'il présente, de pouvoir déceler le syndrome rhumatismal et éviter au petit malade une intervention chirurgicale pas toujours sans danger. Aussi est-il vraiment possible de relever

un signe important permettant de nous orienter vers le diagnostic réel ?

A vrai dire, le problème est parfois assez difficile à résoudre. Les douleurs abdominales sont « nous l'avons toujours constaté » plus diffuses et plus haut situées que dans l'appendicite vraie, se déplaçant ensuite vers la fosse iliaque droite et même vers le point de Mac-Burney.

La contracture musculaire est toujours, ou très légère, ou même parfois absente. Les nausées et les vomissements sont très rares, en effet, dans une de nos observations seulement le n^o 9 nous a relevé un seul vomissement tout à fait au début de l'affection. Et de plus, en tenant compte des observations publiées sur cette manifestation rhumatismale nous nous demandons si en clinique, tout en attachant un grand prix à la réunion des symptômes présents, il ne faut pas donner plus d'importance à l'absence de certains autres.

C'est ainsi que pour l'affection qui est en cause ici, dans bien des cas, les vomissements et même les nausées ne figurent pas — un seul cas sur 14 observations — c'est évidemment une preuve indubitable. La contracture même quand elle existe, cas 4, 5, 8, 9 est bien légère et pas toujours localisée à la fosse iliaque droite même chez un malade vu tout au début. En général, elle s'étend plus haut et gagne la région ombilicale. De toute façon elle est bien moins nette qu'à l'éclosion d'une crise appendiculaire aiguë comme il est facile de le constater.

La douleur à la palpation que l'on rencontre si précise si caractéristique au niveau même de la projection sur la paroi, de l'implantation appendiculaire sur le cæcum est bien souvent absente. Quand elle existe elle est loin de se manifester toujours avec la même netteté qu'à l'occasion d'une infection appendiculaire vraie.

Cependant, en présence chez un enfant d'une crise aiguë caractérisée par des phénomènes généraux intenses, température à 39°, 40°, pouls à 100 avec une douleur bien localisée au point de Mac-Burney doit-on temporiser ?

Nous avons en maintes occasions observé chez les enfants une discordance nette, entre les symptômes locaux et l'état de l'appendice extirpé. Il nous serait facile de citer des cas d'appendicites opérées — ayant présenté comme symptômes : température élevée, pouls rapide, pression au point de Mac-Burney révélant une douleur exquise — et où l'appendice turgescant était en voie de perforation. Notre maître le Dr Bazer, chirurgien des Hospices, a attiré particulièrement notre attention sur ces appendicites graves chez les enfants, caractérisées uniquement par de la température, pouls accéléré, et la douleur exquise au point de Mac-Burney sans contracture musculaire. Si dans bien des cas la confusion est telle, avec une crise appendiculaire, qu'elle pousse à intervenir chirurgicalement, on peut se demander à la lumière de chaque observation lue et relue avec calme et en dehors des circonstances parfois inquiétantes où l'on peut être

appelé à se prononcer, si en raison même du peu de netteté, d'absolue de la symptomatologie, on ne serait pas autorisé à temporiser et attendre quelques heures avant de décider l'intervention. Surtout si le malade est vu dans les premières heures, il n'y a croyons-nous aucun inconvénient à attendre, toutefois en le surveillant attentivement pour être prêt à la moindre alerte.

Dans l'observation transmise par le D^r Dupytout, le tableau semblait bien être celui d'une crise appendiculaire, cependant devant la conservation d'un bon état général, l'absence de faciès péritonéal, de vomissements répétés, de contracture bien nette, la temporisation fut décidée et le lendemain plus de douleur abdominale, apparition d'arthralgie. Dans l'observation 14 mêmes phénomènes, invasion brusque, phénomènes généraux intenses, symptômes locaux légers, imprécis. Puis le lendemain, la douleur abdominale a disparu les articulations sont intéressées par le processus rhumatismal.

Le syndrome douloureux abdominal peut se trouver fréquemment « chez l'enfant » au début de diverses maladies aiguës fébriles, à la période d'invasion de la rougeole ; Professeur Hutinel dans le *Journal des Praticiens*, du 23 avril 1908, a parlé de ces appendicites et pseudo-appendicites.

Dans la scarlatine, à la période d'invasion, quelques enfants peuvent présenter des douleurs abdominales.

MM. Rilliet et Barthez (1843) dans *Traité clinique et*

pratique des maladies des enfants, dès le début de la fièvre typhoïde.

Mais on doit attacher une importance particulière au point de côté abdominal dans la pneumonie des enfants. M. le Professeur Nobécourt, dans le *Concours Médical* du 26 août 1928, traite des syndromes abdominaux dans la pneumonie des enfants, il nous est arrivé quelquefois d'avoir à faire le diagnostic de pneumonie, en examinant des enfants envoyés en chirurgie avec un point de côté abdominal à droite. Dans notre observation n° 1, le malade a présenté, au cours de son affection une pneumonie, ce qui avait fait penser à une pneumonie non diagnostiquée au début tout au moins, en raison du point de côté abdominal existant dans la pneumonie des enfants.

En général, si le malade est surveillé avec grand soin, si on tient compte du début brusque des syndromes appendiculaires, de l'absence ordinaire des nausées et vomissements, de la contracture musculaire légère ou nulle il sera utile de temporiser ne serait-ce que quelques heures. Ainsi souvent on pourra constater la régression, puis la disparition rapide des phénomènes douloureux abdominaux faisant place aux fluxions articulaires, sinon il sera toujours temps — dans les premières vingt-quatre heures croyons-nous — d'intervenir chirurgicalement.

CONCLUSION

1° Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant peut débiter — contrairement à l'opinion classique — par un syndrome abdominal pouvant attirer l'attention sur l'appendice, syndrome abdominal — au demeurant assez rare — analogue à celui qu'on peut rencontrer au début de la pneumonie infantile.

2° Au point de vue clinique ces syndromes appendiculaires sont caractérisés par un début brusque, sans signes prémonitoires, avec douleurs abdominales diffuses à tout l'abdomen localisées cependant dans la plupart des cas, à la fosse iliaque droite, et même au point de Mac-Burney. Pas ou peu de contracture musculaire, absence habituelle de nausées et de vomissements. Mais des phénomènes généraux parfois inquiétants, température élevée 38°8, voire même 40°, pouls à 100-120 pulsations à la minute.

L'évolution de ces manifestations péritonéales est toujours, ou presque de courte durée, elles s'atténuent et disparaissent complètement au bout de deux ou trois jours tout au plus, spontanément, ou à la suite d'un traitement spécifique ou non. L'apparition

des phénomènes articulaires, l'atteinte cardiaque concomitante confirme le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

3^o La seule notion que l'on puisse retenir en ce qui concerne la conduite thérapeutique c'est qu'au début d'une atteinte de rhumatisme aigu, en l'absence de signes articulaires, on peut assister au développement d'une réaction péritonéale particulière sans vomissements avec ou sans contracture de la paroi abdominale celle-ci étant légère, généralisée à tout l'abdomen ou nulle assez souvent. Que si parfois cette contracture arrive à se manifester avec plus d'intensité dans la fosse iliaque droite, c'est que peut-être dans ces cas particuliers le tissu lymphoïde appendiculaire a réagi avec plus d'intensité à l'atteinte inflammatoire, et ceci, étant donné ce que nous savons de l'analogie entre l'amygdale et l'appendice, est loin d'infirmer les diagnostics de réaction péritonéale de nature rhumatismale.

Mais le problème thérapeutique qui devant un malade brusquement pris de douleurs abdominales avec contracture même légère de la paroi, vient se poser au médecin est semble-t-il assez délicat. Même s'il n'arrive pas à se faire une idée précise sur le siège et la nature des lésions, même s'il constate une angine prémonitoire, s'il relève encore dans les antécédents une ou plusieurs crises poly-articulaires, le médecin se trouvera souvent fort embarrassé et après avoir songé que les rhumatisants peuvent très bien être

exposés au danger d'une appendicite, il envisagera l'intervention chirurgicale, si, tout en surveillant attentivement le malade dans les premières vingt-quatre heures, aucun signe clinique ne révèle l'origine rhumatismale de l'affection.

Vu : le Président de la thèse,
NOBÉCOURT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

(*Réactions péritonéales*).

- AUVRAY. — A propos des syndromes péritonéaux observés au début ou au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 56, 548, 19 avril 1930.
- BADOLLE. — Réactions péritonéales d'origine rhumatismale (Soc. des Sciences Méd. de St-Etienne ; S. du 15 mai 1935) ; in : *La Loire méd.*, nov. 1935).
- BAUDET (G.). — Deux nouveaux cas de réaction péritonéale de nature rhum. (Soc. Nat. de Chir., 10 janvier 1934, n° 1, 20 janvier 1934).
- BAUDET (M.). — Rhumatisme articulaire aigu avec réaction péritonéale (Soc. Nat. de Chir., n° 7, p. 265).
- BAUDET. — Les réactions péritonéales de la maladie de Bouillaud simulant l'appendicite (Arch. de Méd. et de Pharmacie mil., déc. 1935).
- BERNARD (A.) et TOCK (A.). — Drame abdominal dans la maladie de Bouillaud. *J. des Sc. de Lille, Rev. Hebd.*, n° 22, 31 mai 1936.
- BLECHMANN (G.). — Maladie de Bouillaud à début pseudo-abdominal. *La Méd.*, août 1935.
- COSTA BERTANI (G.) et MOLFINO (A.). — Apendicitis y fiebre reumatica. *Semana Med.*, I : 199-202, 17 janvier 1935.
- COSTEDOAT. — Début à forme péritonéale de la maladie rhumatismale. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 53 : 1353-1355, 2 déc. 1929.

- FEVRE-FOLLIASSON et GARNIER. — Rhumatisme articulaire aigu à début par syndrome péritonéal. *La Pédiatrie*, n° 6, juin 1931, p. 154.
- Rhumatisme articulaire aigu à début par syndrome péritonéal. *Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 28, 492-495, oct. 1930.
- FLACH (de Bastia). — Rhumatisme articulaire aigu avec réaction péritonéale (Arch. de Méd. Gén. et Colon., n° 2, 1935, Soc. de Chirurgie de Marseille. S. du 22 oct. et 29 oct. 1934).
- FLACH et FRANCHI. — Rhumatisme articulaire aigu avec réaction péritonéale *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Marseille, n° 8, oct. 1934.
- GRENET. — Remarques sur le rhumatisme articulaire aigu (Contagiosité et troubles digestifs). *Semaine des Hôp.*, 31 mai 1927, p. 288.
- GROTHAN (O). — Acute rheumatic peritonitis with report of four cases *Omaha Clinic*, 1895-1896, VIII, p. 1-3.
- LENOBLE (F.) et PINEAU (A.). — Périviscérites multiples d'origine rhumatismale avec gros foie. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, II, 1927, 10 fév., p. 130-134.
- JARDINE. — Manifestations abdominales du rhumatisme. *The British Med. J.*, 21 nov. 1931, p. 941.
- LESNÉ et LAUNAY (CL.). — Rhumatisme articulaire aigu à forme péritonéale chez l'enfant. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, 21 janv. 1930, Impr. Masson, 120 Bd. Saint-Germain.
- MARTIN (A. T.) et ELLENBERG (S. L.). — Rheumatic involvement of appendic. *J. Pédiatrie*, t. 9, 234-239, août 1936.
- MIKHNEVITCH. — Rhumatisme articulaire aigu compliqué de péritonite. *J. Mediz. Obozrenic* (Moscou), 1891, t. XXXVI, p. 117-122.
- NOUGUIER (M.). — Un cas de forme péritonéale de la maladie de Bouillaud chez l'adulte. *Le Monde Médical*, n° 866, 1^{er} juil. 1935.

- PAUL (J. R.). — Localized peritonitis in rheumatic (Hosp. 2 : 9-15 juin 1930. *Bull. Ayer Clin. Lab. Penn-sulvanio*).
- PERRODO. — La forme typhoïde du rhumatisme articulaire aigu. (Th. de Paris, juillet 1928).
- PILOD. — A propos de 2 cas de rhumatisme articulaire aigu ayant débuté par les localisations pleurales et péritonéales (Soc. de Méd. mil. franç. *Bull. Mens.* 22 : 121-126) juin-juillet 1926) ; *Rev. Internat. de Méd. et de Chir.*, 39, 141-144. nov. 1928.
- PILOD et MEERSEMAN. — A propos de 2 cas de rhumatisme articulaire aigu ayant débuté par des localisations pleurales et péritonéales (Soc. de Méd. milit. franç. *Bull. Mens.*, XXII, 1928, juin-juillet, p. 121-126) ; *Rev. Intern. de Méd. et de Chir.*, XXXIX, 1928, nov., p. 141-144.
- SCHALIT RESCHE. — Les manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu (Thèse de Paris, 1931. Lib. Le François, 91, Bd Saint-Germain, n° 202, 1931).
- SPANGENBERG-ROSSI BELGRANO et ACCIALINI. — Reumatismo poliarticular agrido conlocalizaciones viscerales *Pre. Méd. Argent.*, 23, 40-44, 1^{er} janvier 1936.
- STOIANOVITCH. — Syndrome péritonéal au début du rhumatisme articulaire aigu. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 27, 28 octobre 1933.
- STOREN (H.). — Acute rheumatism with abdominal symptoms adruited to surgical departments undermistaken diagnosis *Uorsk Mag. f. Loegevidensk*, 96, 35-43, janvier 1935.
- TALLERMANN. — Symptômes abdominaux dans le rhumatisme. *The British. Med. J.*, 7 nov. 1931, p. 814.
- URRUTIA (C.). — Reumatismo articular agudo con abdominal repercusion. *Rev. Chilena de Pediat.*, 5, 373-377, july 1934.
- WORMS. — Syndromes péritonaux au début ou au cours du rhumatisme articulaire aigu (Soc. Nat. de Chir., avril 1930).

- Rhumatisme articulaire aigu à forme péritonéale *Le Siècle Méd.*, 1^{er} fév. 1930, p. 7.
- GAUTHIER (P.). — Le début abdominal maladie de Bouillaud chez les enfants. *Pédiatrie*, mars 1935.
- NOBÉCOURT. — Les syndromes abdominaux douloureux de la maladie de Bouillaud chez les enfants clinique et laboratoire, 20 mai 1934.
- JARDINE (H. M.). — Abdominal manifestations of acute rheumatism in children. *Brit. M. G.*, 2, 943, N. P. V., 21, 1931.
- VOET (R.). — Un cas de rhumatisme articulaire aigu avec début abdominal chez l'enfant. *Le Scalpel*, n° 8, 22 fév. 1936.
-

